

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

712

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Albert-Émile BRÉANT

Né le 30 avril 1910, à Rouen (Seine-Inférieure)

Contribution à l'Étude
du

Traitement des Perforations ulcéreuses
en Péritoine libre
par la Gastrectomie large d'emblée

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Albert-Émile BRÉANT

Né le 30 avril 1910, à Rouen (Seine-Inférieure)

Contribution à l'Étude

du

Traitement des Perforations ulcéreuses

en Péritoine libre

par la Gastrectomie large d'emblée

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LÉVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la tuberculose	Maurice VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Clinique d'assistance médico-sociale	LAUBRY.
	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL J. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Chevalier de la Légion d'honneur

*Dont le souvenir de sa bonté sera le
meilleur soutien de notre carrière.*

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR ALBERT GARGAM

Médecin des Hôpitaux de Rouen

Dont le souvenir orienta ma vie.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR ANDRÉ BRÉANT

Médecin auxiliaire

A MA MÈRE

*Témoignage de ma grande reconnais-
sance et de ma tendre affection.*

A MON ONCLE

LE DOCTEUR LUCIEN GARGAM

*Profonde gratitude pour ses conseils
éclairés.*

AUX MIENS

A MES AMIS ET CAMARADES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Avec nos sentiments de respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN HÉCART

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Rouen

Inspirateur de ce travail. Ses nombreux conseils, son aide précieuse nous ont été d'un grand secours. Nous l'assurons de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A NOS MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES PETIT

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

Il fut notre premier maître, et nous devons à son clair enseignement clinique notre formation chirurgicale. Qu'il trouve ici un témoignage de très vive et profonde gratitude pour tout ce qu'il a fait pour nous.

MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ SAMSON

Médecin-Chef de Service à l'Hôtel-Dieu

Il nous fit aimer notre métier, et nous devons à son enseignement médical notre formation. Respectueux hommages de reconnaissance.

M. LE PROFESSEUR FÉLIX DÉVÉ

Professeur de Clinique médicale

Une année d'externat dans son service contribua pour une grande part à notre formation médicale et guida nos études. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et notre admiration respectueuse.

M. LE DOCTEUR A. CAUCHOIS

Médecin des Hôpitaux

Témoignage de reconnaissance pour son enseignement de physiologie qu'il a bien voulu nous donner pendant une année d'internat dans son service.

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. MARTIN

Professeur honoraire de clinique obstétricale

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAURET

Accoucheur des Hôpitaux de Rouen

MESSIEURS LES DOCTEURS CERNÉ, TAMBAREAU

Chirurgiens des Hôpitaux de Rouen

M. LE DOCTEUR POTEZ

Médecin des Hôpitaux de Rouen

M. LE DOCTEUR JOUSSEAUME

Médecin-Chef du Service d'oto-rhino-laryngologie

M. LE DOCTEUR PIERSON

Médecin-chef du Service des contagieux

MONSIEUR LE DOCTEUR PAYENNEVILLE

Médecin du Service de Dermatologie
et de Syphiligraphie des Hôpitaux de Rouen

*Qui nous ont toujours réservé dans leur
Service le meilleur accueil ; hommage de
reconnaissance.*

A MES CONFÉRENCIERS ET CHEFS DE CLINIQUE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN FLEURY

Médecin des Hôpitaux de Rouen

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ DEROCQUE

Chirurgien des Hôpitaux de Rouen

*Dont nous avons suivi les conférences
d'internat et que je tiens à remercier ici de
leur patient enseignement.*

**Contribution à l'Étude
du Traitement des Perforations ulcéreuses
en Péritoine libre
par la Gastrectomie large d'emblée**

Introduction.

Depuis la première guérison opératoire obtenue par Michaux en 1894, le traitement chirurgical des ulcères perforés a donné lieu à de nombreuses discussions. La suture pendant longtemps a été la seule intervention possible car les malades arrivaient trop tard au chirurgien. A partir de 1920 sur des malades opérés plus tôt, il devient possible d'envisager le traitement de l'accident et de la maladie causale. On s'aperçoit que dans bien des cas l'ulcère reprend son évolution. On discute alors l'opportunité d'une gastro-entéro-anastomose complémentaire. Et récemment à l'étranger surtout, on a proposé la gastrectomie d'emblée comme étant le seul traitement logique d'une affection dont la perforation n'est somme toute, qu'un épisode aigu. Le traitement des perforations d'ulcus gastrique par la gastrectomie large d'emblée est à l'heure actuelle loin d'être classique, en France tout au moins. Nous avons été engagés à pratiquer

une gastrectomie d'emblée dans trois cas récents à l'Hôtel-Dieu de Rouen, par les résultats qu'ont publié depuis peu de nombreux chirurgiens étrangers et par les conclusions favorables d'un Mémoire de P. Brocq à l'Académie de Chirurgie. Nous avons été frappés de la simplicité des suites opératoires ce qui nous a incité à étudier les avantages et les indications de ce procédé. Nous nous excusons d'amener une statistique aussi peu importante au point de vue nombre, mais nous avons choisi judicieusement nos cas pour faire nos gastrectomies à bon escient et ne pas risquer par une intervention dont les conditions ne seraient pas bien posées de discréditer ce procédé. Nous nous proposons d'étudier ces trois cas et d'en tirer les avantages et les indications qu'offre la gastrectomie.

Il nous paraît raisonnable pour juger de la valeur d'une technique, d'envisager pour chaque cas sa gravité immédiate et ses résultats éloignés. Le gros argument des adversaires de la gastrectomie est de considérer cette intervention comme beaucoup plus dangereuse que la simple suture. Si nous nous référons maintenant au rapport que Brocq présente à l'Académie de Chirurgie, le 8 juillet 1936, nous y voyons que sur un total de 1.220 gastrectomies effectuées pour perforation ulcéreuse en péritoine libre par 23 chirurgiens Allemands, Autrichiens, Italiens, Russes et Tchèques, 176 ont succombé, soit 14 %. Mais dans cet ensemble, certaines réussites sont impressionnantes :

Judine ne perd que 27 opérés sur 312, soit 8 %. Argument de poids en faveur de ce procédé. Et l'étude de ses observations montre qu'il ne réserve pas la résection aux seuls bons cas, plusieurs gastrectomies sont faites après la dix-huitième heure.

Kunz perd 4 malades sur 54.

Richard et Carayannopoulos totalisent 34 interventions sans aucun décès.

Si l'on confronte maintenant le bilan de la suture avec ou sans gastro-entéro-anastomose, on constate que sur 747 opérés appartenant à divers chirurgiens Français, la mortalité d'ensemble atteint 25,5 % au lieu de 14 % pour la résection. Evidemment une telle comparaison globale ne signifierait pas grand chose et justifierait pleinement cette boutade de La Fouchardière qui considère la statistique comme « la forme exquise du mensonge ». Mais si l'on met en parallèle les résultats des deux modes de traitement en fonction du temps écoulé depuis le début des accidents on constate que :

Dans les 6 premières heures : la gastrectomie est grevée de 7 % de mortalité, la suture de 10 %.

De la 6^e à la 12^e heure : la résection donne 15 % de résultats malheureux, la suture 20 %.

De la 12^e à la 24^e heure : la résection donne 35 %, la suture 42 %.

Après la 24^e heure : 76,4 % pour la suture, 45 % pour la gastrectomie.

De même la comparaison en fonction de l'âge donne avant 45 ans : résection, décès 15 %, suture 20 %.

Après 45 ans : résection, décès 25 %, suture 43 %. Ces statistiques sont en faveur de la gastrectomie, mais il est tant de facteurs variables dans l'apparition des complications mortelles post-opératoires et, en particulier, le mode d'anesthésie qu'il serait excessif de trouver dans ce léger avantage un argument convainquant pour la gastrectomie. Mais elles nous montrent que si l'indication en est bien posée, la gastrectomie n'est pas plus grave que la suture. Mais, dira-t-on, si la suture avec ou sans gastro-entéro-anastomose entraîne une telle mortalité, c'est qu'elle est appliquée à tous les cas, aux bons comme aux mauvais, tandis que la gastrectomie n'est faite que dans de bonnes conditions. C'est une objection très juste. Néanmoins nous avons recherché la mortalité globale des interventions pratiquées dans les ulcères perforés par les auteurs dont nous avons cité les statistiques. En effet, les chirurgiens partisans de la gastrectomie reconnaissent des contre-indications à cette intervention, mais peu d'entre eux seulement publient le résultat des opérations qu'ils ont faites quand la gastrectomie était impossible. Nous avons pu relever 530 sutures avec ou sans gastro-entérostomie faites par les auteurs déjà nommés et dont ils ont publié les résultats en même temps que ceux de 751 gastrectomies. La mortalité de la gastrectomie atteint 15,3 %, la suture 32,4 %. Mais l'important pour notre discussion est la mortalité globale. Dans ces 1.281 opérations, on trouve 285 morts, c'est à-dire 22,4 % mortalités exactement comparables à celles obtenues par les chirurgiens qui ne font que

la suture avec ou sans gastro-entéro-anastomose et qui atteint 25,5 %.

Les conclusions qui se dégagent de ces chiffres, c'est que, dans certaines conditions et selon Brocq et Albouker, 60 %, on peut traiter la perforation ulcéreuse par la résection sans faire courir plus de risque au malade qu'avec une simple suture avec ou sans gastro-entéro-anastomose, or, les avantages de cette méthode sont très intéressants.

Inconvénients de la suture.

Les inconvénients immédiats de la suture sont presque nuls, il faut le reconnaître. Ils dépendent de l'heure à laquelle elle a été faite. Nous citerons cependant les *hémorragies post-opératoires* au niveau de l'ulcus perforé ou d'un ulcus voisin et la *perforation d'ulcus* dégénéré ou de néoplasme contre lesquels la simple suture n'est qu'un pis-aller. La gastrectomie d'urgence protège les malades atteints de perforation ulcéreuse contre les hémorragies post-opératoires qu'on rencontre après la suture. Parmi les complications de la suture nous citerons quelques cas classiques. Monod suture une perforation d'ulcère calleux de la petite courbure et perd son malade au quatrième jour d'hémorragie interne. La perforation était le siège d'une abondante hémorragie qui paraissait provenir d'une branche de l'artère coronaire stomachique. Bizard et Malatray rapportent le cas récent d'un malade opéré à la onzième heure qui meurt le jour même après une hématomèse grave. D'autres cas sont encore connus. En pratique, c'est uniquement en fonction de l'avenir éloigné que se manifeste la supériorité de la résection.

L'avenir des malades qui ont survécu à une perforation nous montre les mérites de la gastrectomie. Etudions les résultats éloignés de la suture, avec ou sans gastro-entéro-anastomose. Calvet, Chabrut, Gandy, de Mourques, Rousselin ont recherché leurs anciens opérés. Calvet a revu 15 opérés, 5 étaient complètement guéris, 2 avaient de légères douleurs (sur 30).

Chabrut examine 16 anciens malades ; 9 sont guéris, 7 n'ont aucune amélioration ; 4 d'entre eux doivent être réopérés. Gandy a revu 69 malades, 34 guéris, 35 non améliorés, 23 réopérés, intervention après laquelle 4 sont morts. De Mourques a revu 63 malades, 42 guéris, 21 continuent à souffrir, 2 ont un ulcère peptique post-opératoire, 2 sont atteints de néoplasme gastrique. Rousselin examine 30 malades, 15 sont guéris, 15 souffrent, 1 cancer et 6 réopérés. Tels sont les résultats de la suture avec ou sans gastro-entéro-anastomose complémentaire que nous donne Carayannopoulos : sur 193 malades revus, 105 guérisons complètes, soit 54,4 %, 9 améliorations, 79 mauvais résultats soit 41 % avec 3 ulcères gastriques, 2 ulcères peptiques, 38 réinterventions suivies de 4 morts. Ces résultats médiocres ont été observés par les auteurs étrangers partisans de la gastrectomie chez les malades traités par suture avec ou sans gastro-entéro-anastomose. Judine revoit 48 malades auxquels il joint une gastro-entéro-anastomose à la suture, il ne compte que 25 guérisons. Les résultats éloignés sont médiocres, 59 % de guérisons seulement. On a recherché et prouvé que si la gastro-

entéro-anastomose donnait un pourcentage plus élevé de bons résultats les ulcères peptiques post-opératoires étaient par contre plus fréquents. Dans le tiers ou la moitié des cas on est obligé de réopérer les malades, intervention souvent difficile et qui augmente la mortalité de 10 %. De l'ensemble des observations on peut conclure que la suture donne des résultats éloignés loin d'être constamment satisfaisants puisque d'après les statistiques 41 % sont mauvais.

De toutes les causes expliquant la réapparition des troubles éloignés la reprise du processus ulcéreux est la plus fréquente. Elle peut revêtir des tableaux divers. L'ulcère initial *reprend et continue son évolution* ou un autre ulcère apparaît ou une gastrite sans ulcère explique les douleurs.

Devant cette reprise du processus ulcéreux nous sommes obligés de constater que la suture est un traitement peu satisfaisant pour l'avenir du malade. Schwartz reconnaît que dans 32 % des cas il y a eu récédive de l'ulcus. Scollo sur 13 cas note 3 reprises de l'ulcère; Lewisohn sur 33 malades, 13 ont de nouveau des crises douloureuses. La continuation de l'évolution de l'ulcus est fréquente. Le malade se plaint de vomissements, de douleurs aussi violentes qu'avant et il ne se trouve pas à l'abri des complications d'ulcère.

La littérature contient de nombreux cas de *perforations ilératives* d'ulcus après gastro-entérostomie. Picot, Boppe en ont vu, et Wilmoth perd de perforation duodénale un malade auquel il avait fait trente-

deux jours plus tôt, la suture d'un ulcus avec gastro-entéro-anastomose. Scollo cite un cas identique un an après. Holman, Moirand plusieurs années après. Ces perforations itératives sont sans doute peut être peu communes, surtout si on élimine les perforations d'ulcère peptique développé sur une bouche de gastro-entéro-anastomose pratiquée comme temps complémentaire de la suture de la perforation. Ces perforations itératives peuvent siéger au niveau de l'ulcère déjà suturé lors de la première intervention et continuant à évoluer. Elles peuvent être le fait d'un deuxième ulcère situé en un autre point de l'estomac. On sait la fréquence relative des ulcères multiples 5 % dans la grande statistique des médecins d'Edimbourg ; 30 % et même 50 % pour Lewisohn. Judine examinant 30 estomacs en a rencontré sept fois. A supposer même que la suture d'une perforation guérisse l'ulcère qui en a été la cause, l'évolution ultérieure d'un second ulcère peut exposer le malade à une nouvelle perforation et le fait n'est pas exceptionnel même après une gastro-entéro-anastomose. Chifoliau, Delagénère, Mac Quillan ont rapporté des perforations itératives survenues jusqu'à dix ans après la première intervention. Quant à la perforation d'ulcères dégénérés ou de néoplasmes elle n'est pas exceptionnelle.

Les cas où après une gastro-entéro-anastomose des hématoméses terribles enlevant le malade ont été cités. La gastrectomie d'urgence met le malade à l'abri des récidives d'hématoméses graves.

La *cancérisation* de ces ulcères est fréquente pour certains auteurs et exceptionnelle pour d'autres. Cunéo, Duval estiment que 2 à 4 % des ulcères deviennent néoplasiques. Pour Wilson et Mac Carty les trois quarts des cancers sont des ulcères dégénérés. Hortolomei put suivre 127 malades, 9 avaient des cancers inopérables développés sur des ulcus. Hartman et Lecène dans leur rapport au Quatrième Congrès International de Chirurgie indiquent dans 4 % des cas cette dégénérescence. Pauchet note 9 cancers sur 80 ulcus qu'on aurait pu croire bénins. Le cancer prend en effet assez souvent le masque de l'ulcère. Sur 329 cancers réséqués, Finsterer en trouve 45 qui étaient cliniquement des ulcères. La pratique systématique de l'examen histologique montre cette fréquence. Finsterer déclare que 26 % des ulcères réséqués présentent au microscope une transformation cancéreuse. Lecène trouve 15 ulcéro-cancer sur 63 ulcères réséqués, soit 25 %. Hortolomei rencontre cette complication 13 fois sur 90 (1). Son diagnostic opératoire au début est pour ainsi dire impossible car rien ne peut différencier un ulcère simple d'un cancer. A l'opération, la pièce en main on peut souvent croire à des ulcères simples : assurément il est des nuances difficiles, classiquement les ganglions sont durs, blanchâtres et dans l'ulcus ils sont rouges et inflammatoires, le péritoine a un placard blanchâtre et induré, mais ce sont des cas avancés. Les

(1) Sans doute ces travaux s'appliquent à l'ulcère non perforé mais valent également en cas de perforation.

difficultés sont insurmontables dans les cancers au début. Certes on pourrait faire une biopsie ganglionnaire mais si elle est négative le résultat est sans valeur car la dégénérescence sera toujours possible. La certitude ne pourra être tirée que de l'examen de la lésion elle-même. Les examens d'anatomie pathologique extemporanés ne sont pas praticables en matière de perforation ulcéreuse. Nous ne possédons donc pas de criterium en présence d'un ulcère perforé pour en éliminer la nature cancéreuse. Quelle que soit la fréquence du cancer et surtout devant l'impossibilité de faire le diagnostic, on doit admettre que cette méconnaissance du cancer est un des plus lourds griefs que l'on puisse faire à la suture.

Si on fait en même temps que la suture une gastro-entéro-anastomose on améliore les statistiques mais elles perdent de leur valeur par suite de la possibilité de complications qui lui sont propres.

Un *circulus viciosus* apparaît plusieurs mois après l'intervention et cause des vomissements dus à une gêne de la circulation des aliments et des sucs gastriques au niveau de la bouche de la gastro-entéro-anastomose.

L'ulcus peptique consécutif à une gastro-entéro-anastomose a fait l'objet du Congrès de Chirurgie de 1931 (Gosset-Leriche) et a été étudié par Gutmann-Gatellier. Il est incontestable que la gastro-entéro-anastomose prédispose à l'ulcus peptique. Il se caractérise par une intensité extrême des douleurs qu'il provoque. L'ulcus peut saigner et les hémorragies

sont favorisées par une mauvaise évacuation ou une sténose plus ou moins marquée. De plus cet ulcus peptique peut se *perforer*.

Les résultats éloignés de la suture avec ou sans gastro-entérostomie nous permettent de conclure qu'elle ne constitue pas une thérapeutique idéale. La preuve que la suture a des échecs, c'est qu'on est parfois obligé de la faire suivre d'une gastrectomie secondaire avec ses risques et ses difficultés. Si l'on a pu considérer la perforation comme pouvant être le mode de guérison de certains ulcus, les faits que nous venons de citer montrent qu'il est loin d'en être toujours ainsi. La gastrectomie est le traitement logique justifié par ses résultats éloignés et ses avantages.

Avantages de la gastrectomie

Si les avantages immédiats de la gastrectomie sur la simple suture ne sont pas négligeables, en fait, c'est surtout et uniquement en fonction de l'avenir éloigné que se manifeste la supériorité de la résection.

La simple suture, toujours d'après Brocq qui a étudié de nombreuses séries opératoires, donne 59 % de guérisons à longue échéance. L'adjonction d'une gastro-entérostomie fournit un pourcentage meilleur, mais les ulcus peptique sont plus fréquents. Ainsi, dans près de la moitié des cas traités par suture, l'ulcus continue son évolution et le malade reste justiciable d'un traitement médical et d'un régime. Bien souvent il ne se soumettra ni à l'un ni à l'autre, ou bien malgré l'un et l'autre une réintervention s'imposera pour assurer la guérison. Ces réinterventions sont toujours laborieuses et particulièrement pénibles si l'on a fait une gastro-entérostomie, et grave si un ulcus peptique s'est développé au voisinage de la bouche anastomotique. Cette chirurgie est grevée d'une mortalité de 10 %. Or la gastrectomie assure vis-à-vis de l'avenir une sécurité bien plus grande, puisque ces mauvais

résultats éloignés ne sont que de 12 % au lieu de 41 %, et elle met sûrement à l'abri des complications de l'ulcus laissé en place telles que la *dégénérescence*, les *hémorragies* et les *perforations ilératives*.

Il est encore un motif qui incite à pratiquer la gastrectomie chez les ulcéreux : c'est la *transformation possible de leur ulcère en cancer*. Si l'ulcère se transforme en cancer, plus fréquemment, semble-t-il, le cancer au début simule l'ulcère et ne peut être reconnu qu'histologiquement. Il semble logique d'en déduire, étant donné l'impossibilité de distinguer même à l'intervention un petit néoplasme ulcéré d'un ulcus banal, qu'on doit considérer souvent la gastro-entérostomie comme insuffisante ; souvent le chirurgien, au cours d'une intervention, se demande si la lésion gastrique est un ulcère banal ou un cancer au début. Le malade présente des signes cliniques d'ulcus ; à l'ouverture l'estomac présente une induration caractéristique, pas de ganglions ; ou, s'ils existent, ils sont inflammatoires. On pratique alors une gastrectomie et l'examen histologique répond qu'il s'agit d'une tumeur maligne que rien ne faisait soupçonner. Dans ce cas le Chirurgien a la satisfaction d'avoir donné toutes les chances de guérison au malade et évité pour l'avenir le regret de voir évoluer un cancer après une simple suture avec ou sans gastro-entéro-anastomose. Cette méconnaissance de l'ulcéro-cancer est un des gros reproches que l'on peut adresser à la simple suture et il n'est pas besoin de souligner autrement les avantages de la gastrectomie dans une pareille éventualité, où

en l'absence de critérium précis permettant de reconnaître le néoplasme à l'intervention la conclusion de Lecène trouve toute sa valeur : « puisqu'il est impossible de différencier par le seul aspect macroscopique des lésions un ulcère calleux banal d'une ulcération cancéreuse, il ne faut pas hésiter à enlever largement toute lésion ulcéreuse. Nous ne rencontrerons plus de malades opérés de suture continuant à souffrir pendant des mois, soignés pour ulcère et présentant quelques mois après une image cancéreuse qui n'est plus douteuse. La difficulté parfois insurmontable, comme nous l'avons vu, de l'ulcéro-cancer est ainsi dans ce cas résolue.

On pallie aussi sûrement aux dangers d'hématémèse post-opératoire et de perforation itérative.

En plus, nous n'éprouverons pas les difficultés d'une réintervention ultérieure. Lorsqu'une résection devient nécessaire la gastro-entérostomie établie primitivement complique beaucoup l'opération. L'existence d'une anse courte, le tissu cicatriciel qui entoure la bouche créent des difficultés opératoires aggravant le pronostic. De plus, il est en pratique difficile de faire accepter au patient une seconde intervention. Nous voyons par là les nombreux avantages de la gastrectomie. Ils s'expliquent en supprimant du même coup l'ulcus et la muqueuse malade.

Cette méthode est à l'heure actuelle le traitement de choix dans l'ignorance relative où nous sommes encore de la pathogénie de la maladie ulcéreuse.

Il suffit de comparer les résultats de 12 % mauvais

par la gastrectomie au lieu de 41 % par la suture. Les adversaires de la gastrectomie ont reproché à cette intervention d'être une mutilation qui laisse après elle de nombreux troubles fonctionnels et généraux. Sans doute, la période d'adaptation post-opératoire s'accompagne de quelques troubles, mais qui disparaissent en six mois, un an. L'anachlorhydrie ne s'accompagne pas de troubles de digestion ni d'anémie sauf des exceptions. Cette méthode, en plus des avantages de sécurité pour l'avenir, rend à l'opéré un état général parfait et supprime les facteurs qui peuvent être rendus responsables de la récurrence de l'ulcus. C'est la seule intervention gastrique qui permette d'abaisser avec le maximum de chances l'acidité du suc stomacal dont on sait les rapports avec la chronicité et la récurrence ulcéreuse. Rapaut reçoit 17 gastrectomies toutes guéries cliniquement et radiologiquement. Ridder, sur 57 cas obtient 82,4 % de guérisons définitives. On a reproché à la gastrectomie de ne pas mettre à l'abri des récurrences d'ulcères, mais il est certain qu'avant d'accuser la gastrectomie de permettre la récurrence d'ulcères « il faut savoir exactement dans quelles conditions elle a été pratiquée (Pierre-Duval). Il faut interpréter ces échecs, depuis qu'on connaît les conditions dans lesquelles il faut intervenir, les techniques opératoires, l'exérèse large de l'estomac supprimant toute la portion à sécrétion acide, acte essentiel du succès.

Indications de la gastrectomie

En groupant tous ces éléments nous tenterons de préciser les indications de la gastrectomie dans le traitement des ulcères perforés en péritoine libre. Vouloir opposer la gastrectomie à la suture serait une erreur, il est évident que la gastrectomie n'est pas applicable à tous les cas. Il demeure toujours une catégorie de malade pour lesquels la suture, intervention minima reste formellement indiquée. Les éléments d'appréciation qui permettent d'opter pour l'un ou l'autre de ces procédés sont les suivants :

Il est tout d'abord pour la résection des « indications de nécessité » ce sont les cas peu fréquents où la suture est impossible ou peu sûre à cause de l'étendue de la perforation ou de la friabilité des tissus ou par la présence de deux perforations simultanées. En dehors de cette éventualité qui oblige à des gastrectomies de nécessité, c'est la résistance du malade qui conditionne les indications en fonction de plusieurs facteurs dont deux dominant : l'infection péritonéale et l'âge. Le degré d'infection péritonéale ne peut s'apprécier par des moyens objectifs ; les essais d'examen bactériologiques tentés par certains chirurgiens

notamment par Judine, n'ont conduit à aucune conclusions précises et l'on s'en rapporte en pratique, au facteur *temps* écoulé depuis le début des accidents. En fait, après la sixième heure ou la septième heure, il y a une telle pullulation microbienne que la résection ne doit pas être tentée si l'on veut rester raisonnable. L'âge est un autre élément d'appréciation important et après cinquante ans, il vaut mieux réduire les frais au minimum. De même, un état cardio-pulmonaire déficient ou une adiposité excessive invite à la réserve dans le geste opératoire. On ne pourra pratiquer avec succès la gastrectomie que chez les malades résistants ; ce que fait Judine qui admet comme élément de pronostic défavorable l'absence de résistance, l'« usure précoce ». On tiendra compte de certains facteurs locaux : le *facteur anatomique* conditionnant la simplicité et la facilité de la gastrectomie est un troisième élément de grande valeur. Elle doit pouvoir être exécutée facilement et sûrement, une adiposité considérable entraîne un obstacle sérieux dans l'exécution de la gastrectomie et pour Duval est la grosse contre-indication. Un angle d'ouverture du thorax étroit peut entraîner de grosses difficultés d'exérèse. Le siège de la perforation importe aussi et peut interdire cette intervention. Une localisation haute sur la petite courbure ou basse sur le duodénum entraîne des sections telles que les sutures exposent au « lâchage ». Signalons enfin les questions d'*organisation matérielle* : pour entreprendre une telle intervention il faut un anesthésiste expérimenté, un aide

entraîné à la chirurgie gastrique, la présence d'un deuxième aide est moins indispensable, mais elle facilite beaucoup le travail et abrège l'intervention. La conclusion de tout ceci est qu'il faut savoir sélectionner ces cas en voulant étendre par trop les indications de la résection dans les perforations d'ulcus on risquerait fort de la discréditer. Tels sont les facteurs à apprécier avant de poser l'indication de la gastrectomie. Quelque encourageants que soient certains d'entre eux, la négligence d'un seul suffirait à augmenter considérablement la gravité de l'intervention.

Encore faut-il affirmer que la conjonction favorable des éléments de bon pronostic ne donnerait des résultats heureux que si l'on respecte certaines conditions techniques.

Au point de vue *technique opératoire* nous ne nous arrêterons qu'à quelques détails :

L'anesthésie d'abord : nous avons utilisé dans nos trois cas l'anesthésie générale, car nous croyons difficile d'obtenir par infiltration loco-régionale une analgésie suffisante du péritoine enflammé. Nous l'avions essayée à diverses reprises pour de simples sutures : quelles que soient la douceur et la patience qu'on déploie dès qu'on atteint le péritoine, la malade gémit et pousse : on est alors obligé de faire appel au masque d'Ombredanne pour poursuivre les manœuvres de façon moins pénible et moins dangereuse pour l'opéré, et moins désagréable pour l'opérateur. Dans un cas nous avons utilisé l'éther, dans l'autre, l'association évipan (un

gramme) plus chlorure d'éthyle. Cette dernière formule nous paraît particulièrement heureuse pour ce genre de chirurgie : Elle procure un sommeil calme, une résolution musculaire parfaite et supprime les vomissements post-opératoires. D'autre part l'anesthésie locale en chirurgie gastrique ne présente sans doute pas sur l'anesthésie générale les avantages que certains auteurs lui accordent ; les complications pulmonaires ne sont pas moins fréquentes, et de récentes discussions de l'Académie de Chirurgie ont montré qu'entre partisans de la locale et de l'anesthésie générale en chirurgie gastrique, les résultats immédiats étaient sensiblement les mêmes. Le seul avantage de la locale c'est qu'elle oblige à mesurer ses gestes et à avoir la main légère. Il suffit d'être pénétré de ces principes et de les appliquer sur le malade endormi.

Le mode d'anostomose gastro-jéjunale lui aussi a donné lieu à de nombreuses discussions. La majorité des chirurgiens partagent ses faveurs, actuellement tout au moins, entre le Polya-transmésocolique et le Hofmeister-Finsterer. Nous avons employé le procédé de Billroth deuxième manière ; on l'a accusé de favoriser l'ulcus peptique et de laisser à droite de l'anastomose un cul-de-sac de stagnation. Or, on sait aujourd'hui que l'ulcus peptique n'est pas l'apanage de tel ou tel procédé d'anastomose et qu'on l'évite surtout en faisant une résection étendue, une bouche large et déclive et en réduisant au minimum la longueur de l'anse afférente. Quant au cul-de-sac de stagnation il est insignifiant si l'on place l'anastomose le

plus près possible de la tranche de fermeture gastrique et de la grande courbure. Il est d'ailleurs curieux de constater que ce procédé peu apprécié en France jouit dans les grandes cliniques de Vienne et en Allemagne d'une faveur considérable. Il a le mérite d'être très sûr au point de vue de la solidité des sutures, ce qui est un avantage majeur en chirurgie gastro-intestinale.

Observations.

Nous avons été engagés à pratiquer une gastrectomie d'emblée dans trois cas récents à l'Hôtel-Dieu de Rouen, dont voici le résumé des observations :

OBSERVATION N° 1.

B... Roger, 23 ans, ouvrier agricole à Biville-la-Baignarde, est hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, le 15 novembre 1937, pour un syndrome abdominal aigu à maximum iliaque droit. Intervention à la septième heure. Aucun passé gastrique. Un Mac Burney révèle la perforation gastrique : une médiane sus-ombilicale précise la localisation pylorique — gastrectomie de droite à gauche — fermeture complète du moignon gastrique et anastomose gastro-jéjunale type Billroth deuxième manière, drain dans le Douglas par l'incision iliaque droite. Quinze jours après, un examen radioscopique montre une évacuation normale du moignon gastrique sans reflux dans l'anse afférente. Le 17 décembre 1937, le malade quitte l'hôpital. Nous avons revu récemment le malade. Il a une santé excellente, ne souffre plus ; pas de vomissements, ses digestions sont normales.

OBSERVATION N° 2.

B... Henri, 49 ans, est adressé à l'Hôtel-Dieu deux heures après une perforation gastrique. Anesthésie : évipan plus chlorure d'éthyle.

Perforation de la dimension d'une pièce de cinquante centimes sur la face antérieure de la première portion duodénale. Gastrectomie de droite à gauche. La fermeture du moignon duodéal nécessite une libération difficile. Anastomose Billroth deuxième manière, anse très courte. Dans les jours qui suivent, le malade, éthylique avéré, malgré le chloral, la strychnine et la potion de Todd, fait au cinquième jour une ascension thermique et apparaît un délire qui rétrocède rapidement.

Le malade quitte l'Hôtel-Dieu le 29 décembre 1937. Examiné à la radioscopie vers cette date, on constate une évacuation très rapide du moignon gastrique avec léger reflux dans l'anse afférente.

OBSERVATION N° 3.

D... Georges, 40 ans, envoyé le 7 avril 1938, atteint de syndrome abdominal aigu à début brutal cinq heures auparavant. Contracture abdominale diffuse. Antécédents gastriques nets; depuis trois ans, le malade accuse notamment le signe de la Hunger Pain des plus typiques. Anesthésie : évipan puis chlorure d'éthyle. Gros ulcus calleux perforé de la petite courbure. Gastrectomie par section première du duodénum — section haute de la petite

courbure au-dessus de l'ulcus — fermeture complète de la tranche gastrique et anastomose gastro-jéjunale type Byllroth deuxième manière, — mèche au voisinage de la petite courbure. Suites opératoires banales. Examiné à la radioscopie et à la radiographie vers le vingtième jour, on constate l'absence de cul-de-sac, de stagnation au-dessous de l'anastomose. L'évacuation du moignon gastrique se fait lentement avec un léger reflux dans l'anse afférente.

Dans les trois cas nous avons eu des nouvelles de ces opérés et les résultats éloignés paraissent être d'excellentes qualités.

Conclusion.

Au cours de cet exposé, nous avons essayé de mettre en valeur les avantages que peut tirer d'une gastrectomie immédiate le malade atteint de perforation ulcéreuse.

Arrivés au terme de celui-ci, à l'heure de la conclusion, nous nous garderons bien de donner à celle-ci une allure absolue, qui heurterait de nombreux chirurgiens, partisans convaincus du geste opératoire le plus réservé possible, et qui dépasserait de beaucoup notre conviction.

Certains faits cependant nous paraissent dignes de retenir l'attention :

1^o C'est d'abord le caractère relatif de la guérison obtenue avec la simple suture ;

2^o C'est d'autre part, la supériorité indiscutable de la gastrectomie large vis-à-vis de l'avenir éloigné ;

3^o Mais pour pouvoir effectuer la gastrectomie dans des conditions de bénignité relative, il faut avant de prendre une décision examiner attentivement un certain nombre de facteurs dont les principaux sont :

l'heure de l'intervention,
l'âge du malade,
son coefficient de résistance physique,
les conditions anatomiques et matérielles auxquelles devra s'adapter le geste opératoire ;

4^o Lorsque tous ces éléments sont favorables, sans doute y a-t-il intérêt à substituer à la simple suture l'exérèse large qui assure un pronostic éloigné nettement plus favorable.

Vu : le Président de la thèse,
B. CUNÉO.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Achili.* — Le diagnostic de cancer d'estomac est-il toujours possible au cours de la laparatomie. Thèse de Paris, 1937.
- Boyer.* — Traitement des perforations ulcéreuses gastro-duodénales. Thèse de Paris, 1936.
- Brocq et Albouker.* — La place actuelle de la gastrectomie dans le traitement des ulcus gastro-duodénaux perforés en péritoine libre (Presse Médicale, février 1937).
- Brocq.* — Gastrectomie et Perforations d'ulcus. Rapport Bulletin de l'Académie de Chirurgie, le 8 juillet 1936.
- Caryannopoulos.* — Sur 18 cas de perforation d'ulcère gastrique (Bulletin et Mémoire de l'Académie de Chirurgie, 8 juillet 1936, p. 1061).
- Conti.* — Sur le traitement de la perforation d'ulcus en péritoine libre (Ann. Ital. de chirurg., janvier-février 1936).
- Delore.* — Revue de chirurgie, 1929, X.
- Duval.* — Rapport. Bulletin et Mémoires de l'Académie de chirurgie, novembre 1929.
- Finaly.* — Sur le traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux (Deutsche Zeitschrift für chirurgie, 20 juillet 1936, p. 391-398).
- Gandy.* — Thèse Paris, 1934.
- Gasterleben et Zilmann.* — Contribution au traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés (Brun's Beiträge für Klinik und chirurgie, 15 avril 1936, n° 3, p. 339-343).

- Guibal.* — Résection d'emblée dans les perforations d'ulcus (Buletins et Mémoires de la Société de chirurgie, t. LVI, n° 6).
- Gutman.* — Bull. et Mém. de l'Académie de Chirurgie, 10 juin 1936.
- Grimault.* — Bull. et Mém. de l'Académie de chirurgie, 1936, p. 1.362.
- Graham.* — Traitement des ulcus gastro-duodénaux perforés (Surgery Gyn., and obstetrics, février 1937).
- Hady.* — Résultats éloignés de 150 opérés pour perforation d'ulcus gastro-duodénal (Orvosi Hetil, 22 fév. 1936, n° 8, p. 167-170).
- Journal de Chirurgie.* — Août 1931.
- Judine.* — Bul. et Mém. de l'Académie de Chirurgie, 20 mai 1933.
- Judine.* — Gastrectomie partielle dans les perforations de l'ulcus (Surgery, Gynecology and obstetrics, janvier 1937, p. 368).
- Lewisohn.* — Persistance d'ulcus duodénaux après suture d'une perforation (Surgery Gynecology and obstetric, fév. 1937, p. 172-177).
- Marx.* — Fonctionnement de l'estomac après gastrectomie. Thèse Paris, 1935.
- Perves et Badelon.* — A propos des perforations itératives des ulcus gastro-duodénaux (Mém. Académ. Chirurgie, 24 février 1937).
- Pouget.* — Traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. Thèse Paris, juin 1936, n° 442.
- Presse Médicale.* — 31 janv. 1931, p. 149 ; 27 mars 1935, p. 491 ; 21 oct. 1931, p. 1535.
- Senèque.* — A propos de la Gastrectomie (Bull. et Mém. de l'Académie de Chirurgie, 1937).
- Stocker.* — Remarques sur le diagnostic et le traitement de l'ulcus

perforé (Zentrablatt für chirurgie, 13 mars 1937, p. 610-615).

Suchmann. — Complications de la gastro-entéro. Thèse de Paris, 1936.

Suel. — Comportement de l'estomac après opération pour ulcus duodénal (American Journal of Surgery, janvier 1937).

